

診 断 書 (成年後見制度用)

(高松家庭裁判所提出用)

1 氏 名 : \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
住 所 : \_\_\_\_\_

2 医学的診断 ( 入院中 通院中 その他 \_\_\_\_\_ )

(1) 診断名 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
(発症 年 月 日) (発症 年 月 日) (発症 年 月 日)

(2) 精神上的の障害の程度 重度 中等度 軽度 ( 障害認定 級 )  
特記 \_\_\_\_\_

療育手帳 ( A A B B )

知能指数 IQ = \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳程度) 検査日 \_\_\_\_\_

(3) 現在の状態 植物状態である 植物状態に準ずる その他  
経管栄養である 摂食は自力でできない 摂食は常に他の介助を要する  
尿失禁状態 移動は自力でできない 寝たきり状態である  
発語ができない 声を出しても意味のある発語ができない  
会話ができない 目で物を追っても認識はできない  
簡単な命令に反応することはあるが、それ以上の意思の疎通ができない  
特記 ( 介護認定 要介護 \_\_\_\_\_ )

(4) 所見 (現病歴, 現在症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 回復の可能性 全くない ほとんどない ある その他

4 判断能力の程度 \_\_\_\_\_ 同封の鑑定書の説明を参照の上記載してください  
後見程度 保佐程度 補助程度 いずれにも該当しない

5 判定の根拠, 説明  
場所や時間の見当識がない 言語による意思疎通ができない  
身体動作による意思疎通ができない 年齢や経歴の記憶力がない  
計算はほとんどできない 近親者の判別ができない  
長谷川式簡易知能評価スケール改訂版  ( \_\_\_\_\_ 点) できない  
脳の萎縮が著しい ( 頭部CTスキャン MRI の画像診断による )  
理解力, 判断力が極めて障害されている  
特記 (補助程度と判定された場合には, 必ず記載してください。)

以上のとおり診断します。 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

病院名・所在地 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_ 科 電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

担当医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

診 断 書 付 票 (診断書とともに作成願います。)

1 診断書の「4 判断能力の程度」が**後見程度の場合のみ**、以下の質問にご回答下さい。

審理上、本人からの陳述聴取が必要ですが、本人は家庭裁判所の担当者から成年後見制度の説明を受け、意見を述べることはできるでしょうか。

- 本人からの陳述聴取は不可能である
- 本人からの陳述聴取は可能である
- その他 ( )

2 今後、家庭裁判所から精神鑑定の依頼があった場合

鑑定を引き受ける

(1) 鑑定費用(検査料・諸経費等を含む)は、金 \_\_\_\_\_ 円で引き受けま  
す。

(家庭裁判所としましては、要点式の鑑定書の導入に伴い、当事者の負担を考慮し、  
主治医の方には4万円、主治医以外の方には5万円でお引き受けいただければと考  
えております。)

(2) 鑑定期間

鑑定には、 \_\_\_\_\_ 日間必要です。

(一般的には約1か月以内に提出していただいています。)

(3) 書類の送付先

- 診断書記載の病院等の住所地と同じ
- 下記の連絡先への送付を希望する

病院等の名称 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

鑑定を引き受けられない 理由 ( )

鑑定を引き受けられないが、下記の医師を紹介できる

氏 名 : \_\_\_\_\_

専 門 :  精神科  神経科  脳神経外科  内科  
 その他 ( )

所属病院 : \_\_\_\_\_

連絡先 : 住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( )

(費用についての意向  金 \_\_\_\_\_ 万円でよい

家庭裁判所と相談)